

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

443

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis VROMET

Né le 30 mars 1902, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel à Paris

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES
DU RECTUM

A PROPOS DE TROIS CAS OPÉRÉS

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

GASTON DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis VROMET

Né le 30 mars 1902, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel à Paris

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES
DU RECTUM

A PROPOS DE TROIS CAS OPÉRÉS

President: M. CUNÉO, professeur

PARIS

GASTON DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1930



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale,
 RICHET. Physiologie.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI. . . Clinique médicale.	CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . Clinique médicale.	HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
DEBRÉ . . . Clinique médicale.	MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . Clinique médicale.	MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. Clinique médicale.	PROUST. . . Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.	SCHWARTZ Clinique chirurgicale
LERI. . . Clinique médicale.	LE LORIER Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
BASSET. . . Clinique chirurgicale	METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIKE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie Education physique. Radiologie clinique Puériculture
FREY.	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
WEILL-HALLÉ.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes maitres de l'Hôpital Saint-Michel en hommage de reconnaissance, et particulièrement au Docteur Victor PAUCHET et au Docteur G. LUQUET qui m'ont fourni le sujet de cette thèse et aidé de leurs conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNÉO

*Qui nous a fait l'honneur de vouloir
bien accepter la présidence de cette
thèse. En témoignage d'admiration et
de gratitude.*

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES
DU RECTUM

A PROPOS DE TROIS CAS OPÉRÉS

INTRODUCTION

Les traitements tant médicaux que chirurgicaux des rétrécissements inflammatoires du rectum se sont succédés en grand nombre jusqu'à ces dernières années, les uns contestés à cause de leur gravité, les autres s'étant révélés d'une efficacité inconstante et douteuse.

En 1925 Deroche écrivait dans sa thèse :

« La question du traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum est extrêmement complexe. En l'absence d'un traitement radical, applicable à tous les cas, nous n'avons à notre disposition qu'un certain nombre de moyens, qui conduits avec persévérance, permettent de retarder efficacement la marche évolutive d'une sténose. Le chirurgien en pratiquant des opérations palliatives ou une exérèse peut obtenir des améliorations durables, parfois un succès complet. »

On ne possédait donc il y a encore très peu de temps, en dehors de l'exérèse chirurgicale du segment d'intestin malade, aucun traitement radical, s'appliquant à tous les cas pour guérir les rétrécissements du rectum. Cependant l'année même qui vit éclore le précédent paragraphe ne se passa pas que Bensaude et Marchand publièrent dans la *Presse Médicale* un traitement diathermique entièrement nouveau, et, selon leur expression « particulièrement efficace », des rétrécissements inflammatoires du rectum.

Leur publication appuyée sur plusieurs observations avait été hâtée par celle de Picard, un Allemand, dont les travaux poursuivis parallèlement avaient déjà été exposés dans une gazette de Leipzig.

En 1926 un élève de Bensaude, André Levy, fit sa thèse sur le traitement par la diathermie des rétrécissements inflammatoires du rectum, et depuis lors le traitement chirurgical par exérèse, déjà antérieurement contesté, sembla passer au second plan de la thérapeutique des sténoses rectales.

Le nombre des publications sur le traitement diathermique des rétrécissements du rectum, s'accrut au cours des années qui suivirent, pendant que Radice, dans un article paru dans le *Journal de chirurgie*, attaquait en des termes véhéments les derniers restes de confiance qu'auraient encore pu avoir les chirurgiens dans le traitement opératoire des sténoses rectales :

« Ce n'est même pas, dit-il, « le meilleur des palliatifs », selon Quenu et Hartmann, pour lutter contre les accidents de la sténose, c'est une opération vouée à l'échec. Nous voudrions en convaincre les chirurgiens. Sans aucun doute, nous n'avons pas la prétention de penser que notre opinion sera acceptée par tous, mais nous pouvons leur affirmer d'avance que leurs succès opératoires n'auront que des lendemains très passagers. »

Il est certain que les statistiques qu'il publia, et que nous analyserons, sont loin de dégager de leur ensemble des résultats encourageants. L'échec de l'amputation rectale pour sténoses inflammatoires qu'il y consigne ne soutient certes pas la comparaison avec les améliorations décrites par Bensaude dans les cas traités par la diathermie.

N'y a-t-il pas cependant des rétrécissements rebelles à la diathermie, comme nous en citerons un cas ? et les reproches dont est frappée l'amputation rectale seront peut-être susceptibles de céder un jour à une technique meilleure et plus patiente, ainsi que nous le verrons ultérieurement, après avoir passé en revue les différents traitements des sténoses rectales, avant de décrire le mode opératoire employé par notre maître le D^r Victor Pauchet dans le traitement des trois cas de rétrécissements inflammatoires du rectum que nous publions.



LES TRAITEMENTS DES RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES DU RECTUM

Les causes des sténoses inflammatoires [car nous avons exclu de ce travail les rétrécissements congénitaux, cancéreux, et cicatriciels du rectum], sont nombreuses et diverses. Leur origine tuberculeuse, syphilitique, gonococcique, amibienne, etc... a été prouvée, bien que les traitements étiologiques qu'on a tentés de leur appliquer, n'aient jamais modifié l'évolution de la sténose. Le traitement antisiphilitique lui-même qui doit être institué dès qu'on croit devoir le faire, demeure dans la règle, sans effet.

Parmi les thérapeutiques médicales appliquées aux rétrécissements inflammatoires du rectum on a essayé les lavages à l'eau bismuthée ou goudronnée, les attouchements à l'acide lactique, à la neige carbonique diverses cautérisations, sans résultats.

Il en fut de même de la thiosinamine et de la fibrolysine employées en injections intramusculaires ou au siège même du rétrécissement.

« Le jour où l'on comprit, nous dit Deroche, que les mèches enduites d'onguent mercuriel, que De-

sault et Dupuytren tassaient dans le rectum des porteurs de rétrécissements, avaient une action purement mécanique, la dilatation était née » Elle fut employée sous diverses formes, on a fait de la dilatation brusque selon la méthode d'A. Cooper, puis de la dilatation progressive brusque de Crédé. On pratique encore la dilatation lente aux bougies de Hegar puisque notre dernière malade en date a été traitée de cette façon. On ne s'est même pas contenté de faire de la dilatation uniquement par l'anus. Souligoux fut le premier à préconiser la dilatation rétrograde faite de haut en bas après la création d'un anus iliaque gauche.

« Cependant la dilatation lente et progressive, dit Lévy, faite à l'aide de bougies de Hegar, ou avec des bougies coniques, ou bien des bougies que l'on dilate sur place et qu'on laisse dix à vingt minutes dans le rectum, est une méthode longue et douloureuse qui n'amène le plus souvent qu'une rémission passagère des symptômes. Un arrêt de quelques jours dans le traitement suffit à faire réapparaître la sténose aussitôt. »

A côté des dilatations on a utilisé comme traitements chirurgicaux la rectotomie interne, la rectotomie externe puis la rectotomie linéaire à l'écraseur de Verneuil.

La rectotomie interne abandonnée, les débridements superficiels de Reclus, au bistouri, ne donnèrent guère de meilleurs résultats.

La rectotomie externe mise à la mode en France

par Verneuil consistait à sectionner toutes les parois anorectales sur la ligne coccygienne, soit au bistouri, soit au thermocautère, soit plutôt avec son écraseur.

L'autoplastie rectale de Pean, la rectoplastie furent suivies de récidives et n'amenèrent jamais la rétrocession de la rectite concomitante.

L'anus artificiel, traitement tout à fait palliatif du rétrécissement rectal, connut une vogue qu'augmentèrent les déboires dus à l'extirpation, puisque le Professeur P. Duval put dire que « la sagesse conseillait de pratiquer seulement un anus contre nature quand le rétrécissement devenait trop marqué (Société de gastro-entérologie, 9 février 1925).

Les traitements électriques qui se firent jour devant la carence des autres méthodes de thérapeutique sont l'électrolyse circulaire de Newmann, l'étincelage de haute fréquence préconisé par Heitz-Boyer en 1922 et enfin la diathermie de Picard, Bensaude et Marchand en 1925.

L'électrolyse circulaire négative de Newmann utilise une propriété du courant continu : l'action sclérolitique du pôle négatif. Elle est actuellement abandonnée, car si le ramollissement du tissu fibreux qu'on obtient sous son action est certain, « si elle agit, comme le dit Deroche, sur le facteur sténose du rétrécissement, elle n'a aucun effet sur le facteur rectite » et n'a jamais donné de résultats durables signalés.

L'étincelage d'Heitz-Boyer mis en œuvre depuis

1922 n'a pas, semble-t-il, été très largement expérimenté ; il donne des améliorations mais il ne tient aucun compte, lui aussi, de la rectite concomitante et c'est la faiblesse qui ne lui permet pas de tenir devant le traitement diathermique, aux résultats si encourageants, que Bensaude et Marchand lancèrent en 1925.

La série des traitements mis en œuvre contre les rétrécissements du rectum, semble donc se cristalliser aujourd'hui en un traitement électro-diathermique que le recul de quelques années depuis son avènement va permettre de juger avec plus de profit. Le cas que nous apportons à la littérature médicale lui conteste déjà une partie de sa suprématie, puisqu'il a permis à l'amputation rectale reléguée de prendre sa revanche. Le Professeur Hartmann dans une communication toute récente à la Société de chirurgie en cite un autre. C'est l'observation d'un malade colostomisé, puis soumis à Saint-Antoine à un traitement diathermique, d'où il revint très aggravé, ayant eu à la suite de la diathermie des hémorragies qu'il n'avait pas présentées antérieurement.

L'AMPUTATION DU RECTUM CONSIDÉRÉE COMME TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS RECTAUX

Avant même que la diathermie se fit connaître l'amputation rectale des rétrécissements avait subi, (nous l'avons signalé), des assauts fréquents motivés par les cas de mort, les suppurations interminables, les fistules et les récidives qui grevèrent les statistiques de cette opération.

Nous avons déjà cité un passage de l'article de Radice paru dans le *Journal de Chirurgie* en 1926 qui montre avec quelle véhémence on s'est attaqué à la question.

Cependant, entre la communication de Segond qui un des premiers en 1889 rapporta à la Société de Chirurgie un cas de rétrécissement enlevé par voie périnéale intra-sphinctérienne et la thèse de Lapointe parue en 1897, l'extirpation jouit d'une faveur incontestée. Seules, à ce moment, les voies d'accès entraient en discussion. Elles variaient avec les auteurs et étaient minutieusement étudiées et comparées : voies périnéale, sacro-vaginale. En 1895 Quénu et Hartmann avec leur statistique, Lapointe avec sa thèse renversèrent les idées qu'on

se faisait alors sur la valeur de l'extirpation. Dans son « importante thèse » dit Deroche, Lapointe conclut en disant que l'amputation rectale ne devait plus être considérée comme « une méthode radicale et, c'est alors, qu'il mit en lumière l'anus iliaque, traitement palliatif trop méconnu ». Quénu et Hartmann terminaient par ces mots l'analyse de leurs observations : « L'extirpation avait semblé tout récemment devoir permettre la guérison définitive des rétrécissement du rectum ; on doit aujourd'hui abandonner les belles espérances du début. »

D'autres statistiques furent publiées depuis Segond et Lapointe : Ruge en 1907, le P^r Hartmann en 1922, Deroche en 1925 et enfin Radice en 1926 firent connaître les leurs.

Toutes comportent un certain pourcentage d'échecs, de récidives et d'accidents par morts post-opératoires, dus, si nous en croyons les remarques que nous avons pu faire au cours de leur lecture, à ce que les chirurgiens ont le plus souvent opéré leurs malades sans faire d'anus iliaque de dérivation assez longtemps à l'avance.

Les statistiques de Lapointe ne comportent même que quelques cas de malades amputés de leur rectum après colostomie. Aussi sur les 69 cas de rétrécissement du rectum qu'il étudia et les 24 malades qu'il cite comme suivis plus d'un an après leur intervention, il compte d'une part 11 décès et note d'autre part 12 récidives à des degrés différents.

Lévy parlant des procédés chirurgicaux de traite-

ment des rétrécissements inflammatoires du rectum écrit, en dehors de toute autre considération, dans le *Journal de médecine de Paris* :

« L'intervention de choix est l'amputation du rectum avec abouchement à l'anus du segment supérieur. Malheureusement l'opération porte sur des tissus infectés et infiltrés, et est de ce fait presque toujours suivie de récurrence et quelquefois d'incontinence. »

Il faut donc à tout prix lorsque l'intervention chirurgicale reste la seule chance de guérison d'un malade atteint de sténose rectale que l'opération pour ne pas comporter de risques se fasse en tissus redevenus sains. Le seul moyen mis à notre portée d'obtenir un tel résultat est l'anus iliaque gauche pratiqué six mois, un an s'il le faut, avant l'amputation rectale. De cette façon le retrécissement mis au repos et au besoin au traitement médical tarira sa suppuration, arrêtera son évolution et permettra une intervention efficace et définitivement curatrice.

Les trois malades dont nous publions les observations ont été colostomisées, la première un an, la seconde 3 mois, et la troisième 11 mois avant l'extirpation de leur rétrécissement.

Aussi pouvons-nous ajouter à l'ensemble des observations citées sur ce sujet des rétrécissements inflammatoires du rectum, des résultats datant de 8 ans et 18 mois sans aucun début de récurrence de la sténose, avec continence parfaite des matières.

Les meilleures communications d'amputation du rectum pour les cas qui nous occupent ont été faites par Ruge qui se montre très partisan de la colostomie préliminaire, et par le Professeur Hartmann.

Ruge sur dix cas suivis pendant un à quinze ans ne cite qu'une récidive des ulcérations dans les premiers mois chez l'un de ses malades.

Le professeur Hartmann, sans donner de résultats éloignés sur les cas qu'il a traités, déclare cependant trente-trois guérisons sur 36 malades ayant subi l'exérèse de leur rectum.

On peut donc dire, contrairement à ce que Radice affirme dans la dernière statistique parue, que l'exérèse du rectum, pour rétrécissement inflammatoire du rectum, n'est pas une mauvaise opération quand restant la dernière planche de salut de malades ayant épuisé toutes les thérapeutiques, elle donne avec assez de patience des résultats comme ceux ci-dessus énoncés. Certes Radice cite des récidives de la sténose, des morts et des fistules post-opératoires, mais beaucoup de ses malades [il suffit de consulter son tableau] n'ont été colostomisés que peu de temps, un mois, quelquefois un mois et demi, souvent quinze jours avant le second temps opératoire. Dans un seul cas, une malade ayant eu un anus iliaque deux ans avant son opération, a récidivé, seulement l'observation signale que sa rectite avait à peine rétrocedé et que c'est en désespoir de cause qu'on avait effectué l'exérèse, en tissus infectés et infiltrés, bien entendu.

Les plus grands détracteurs de l'amputation du rectum pour sténose inflammatoire ont cependant concédé, que cette opération dans certains cas très limités, pouvait donner de bons résultats. Ils ont toujours prêché l'abstention dans les cas étendus. Notre première observation leur répondra. La malade avait un rétrécissement étendu et haut situé puisque l'amputation faite chez elle le fut par la voie abdomino-périnéale, dans l'impossibilité d'agir autrement. Elle n'a pas récidivé, car comme le conseille le professeur Hartmann dans sa dernière communication à la Société de chirurgie, on a excisé toute la sténose : « Seule l'ablation totale, dit-il, des parties de muqueuse malade permet d'obtenir des guérisons complètes et définitives. »

D'autre part, sans vouloir faire le procès du traitement diathermique des rétrécissements du rectum, nous sommes bien obligés de reconnaître que nous manquons de résultats éloignés sur les malades ainsi traités. Dans la même communication à la Société de chirurgie que nous avons déjà citée, le Professeur Hartmann a dit : « Je ne croirai à des guérisons après diathermie que le jour où on me montrera des malades revus guéris deux ou trois ans après des applications diathermiques ». Il y a cinq ans cependant que la méthode est connue et pratiquée. Je crains, comme a pu le dire Gernez, que nous n'ayons actuellement dans le traitement diathermique des rétrécissements inflammatoires du rectum qu'un « précieux auxiliaire, un palliatif » pou-

vant donner un grand soulagement aux patients. La malade de notre dernière observation, en effet, après avoir été soignée pendant plus d'un an par cette méthode ne put continuer à cause des douleurs que provoquaient les séances. Revue deux ans après, elle présenta à l'électrothérapeute qui l'avait traitée un rétrécissement infranchissable, alors que durant ses applications diathermiques on était parvenu à faire passer aisément la bougie n° 15.

Doit-on dans ce cas parler de récurrence ou d'échec complet de la diathermie ?

Aussi le Professeur Hartmann devant un ensemble de faits aussi imprécis conseille-t-il contrairement à ce que l'on disait il y a quelques années « d'opérer de bonne heure » les rétrécissements inflammatoires du rectum « sans perdre de temps à essayer des traitements diathermiques ou autres, afin d'obtenir des guérisons définitives » avec des malades plus faciles à opérer.

C'est ce que réalisa avant la lettre la deuxième observation que nous publions.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La méthode opératoire que nous publions est celle qu'a employée notre maître le Dr V. Pauchet et qu'il a décrite dans la *Pratique chirurgicale Illustrée* avec les dessins ci-après insérés ; le rectum est abaissé par la voie perméable durant son extirpation.

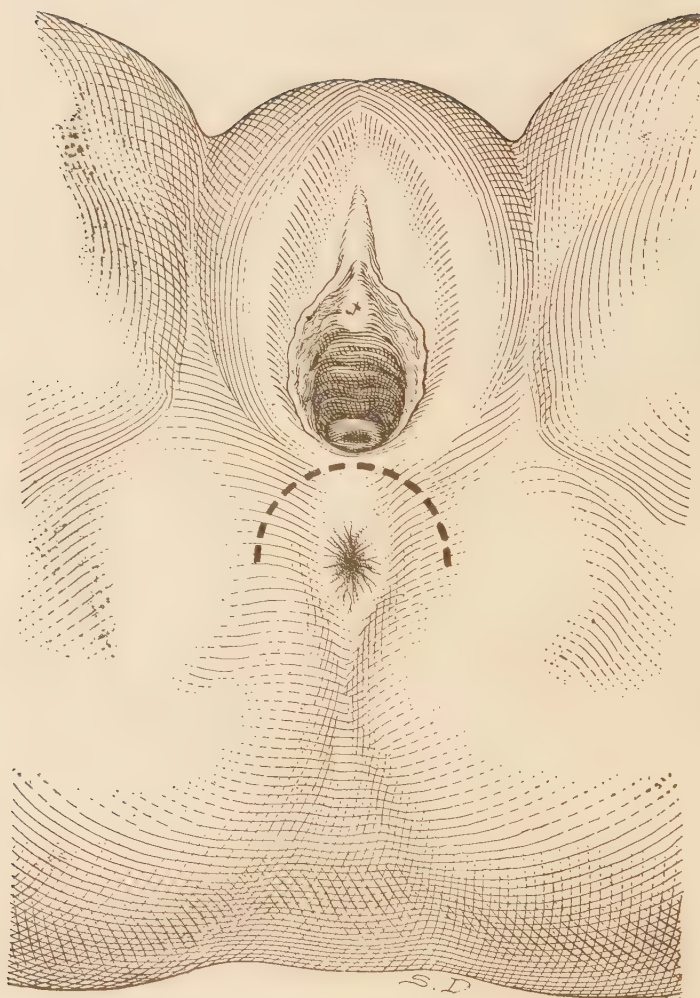


Fig. 1. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

ncision cutanée ; la section porte à un centimètre en arrière de la fourchette .

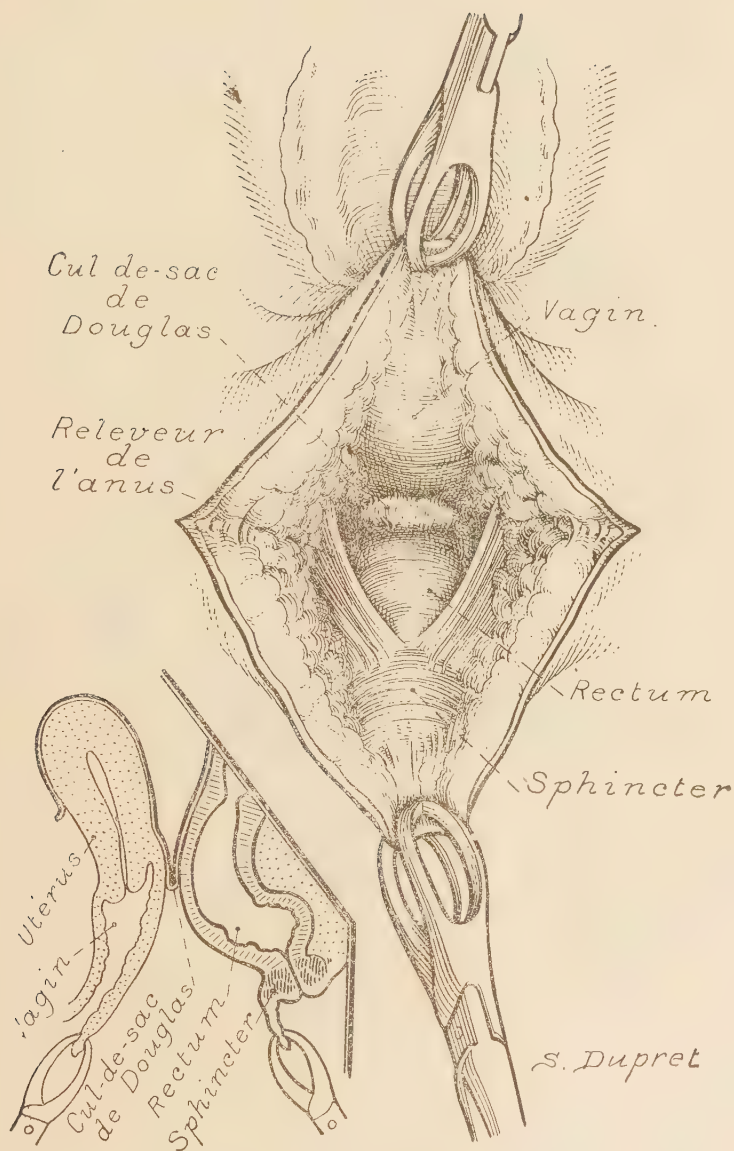


Fig. 2. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Décollement recto-vaginal (voir schéma à gauche).

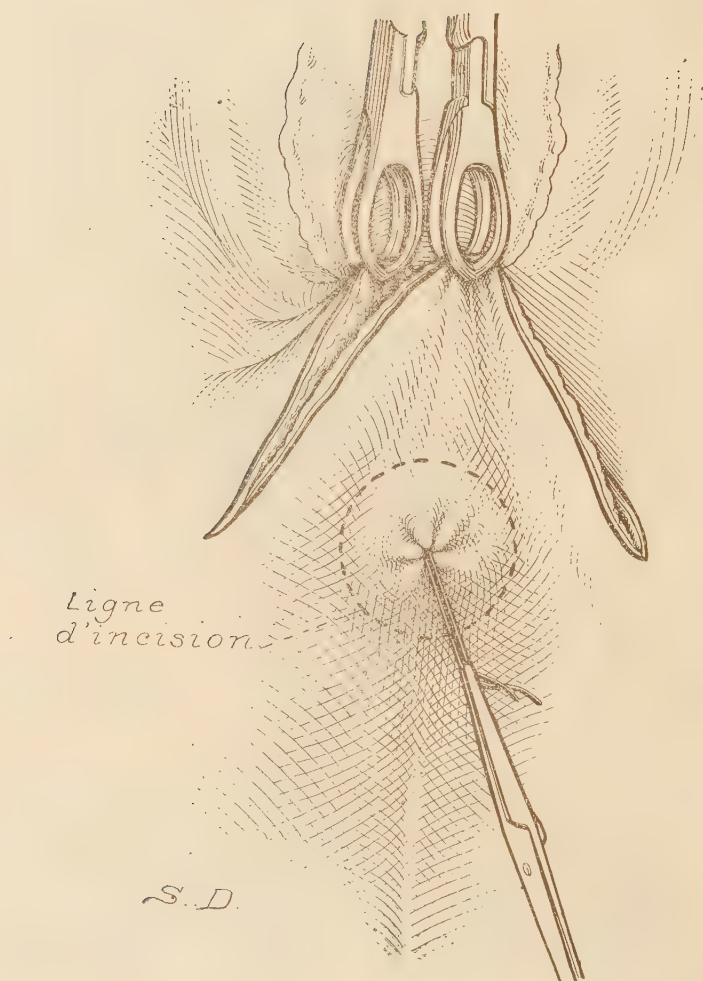


Fig. 3. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Le décollement recto-vaginal est terminé. L'excision du rectum va commencer.
L'anus est suturé par un crin. Le pointillé indique la section circulaire de la
peau.

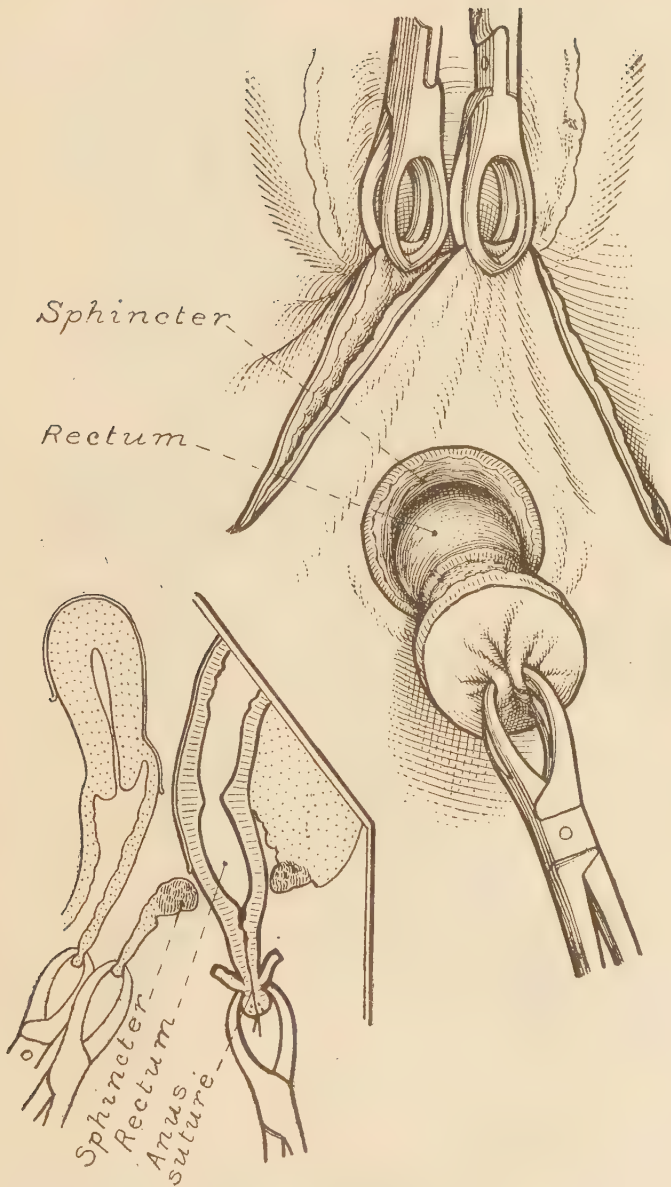


Fig. 4. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Libération du sphincter (voir le schéma en bas et à gauche).

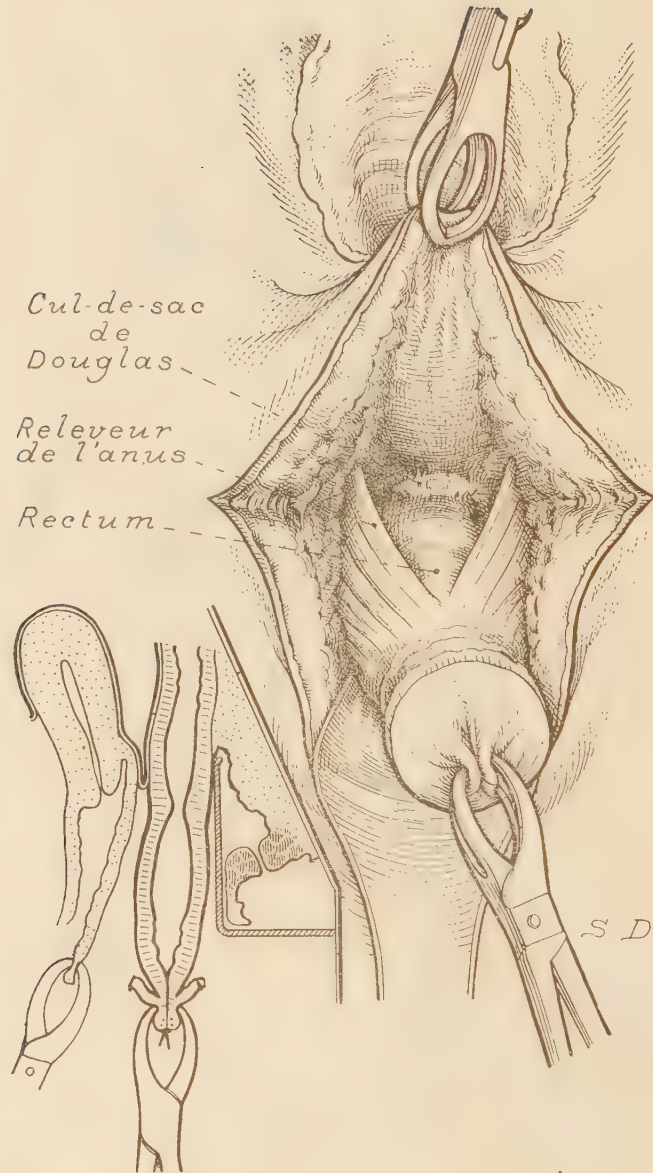


Fig. 5. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Remarquer la dénudation des deux releveurs de l'anus. Ceux-ci seront désin-sérés au ras du rectum, de façon à conserver leur intégrité. La valve cache l'anus dépouillé de son canal muqueux. L'opérateur a attiré, dans la plaie périnéale, le cylindre ano-rectal (voir schéma à gauche).

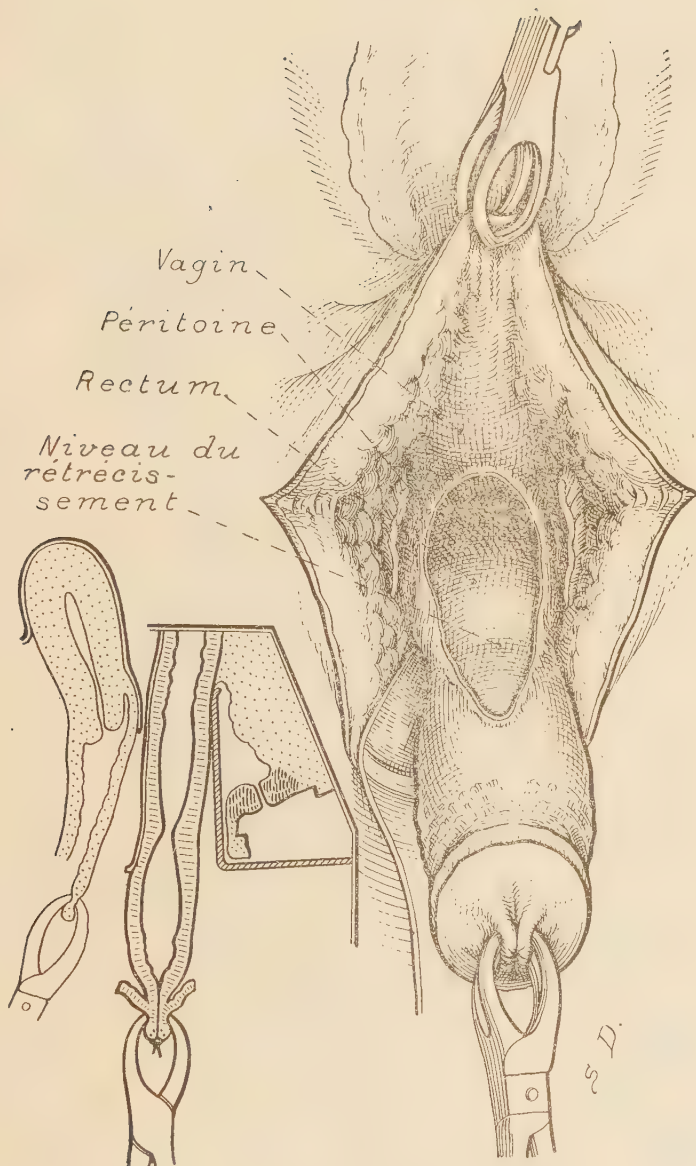


Fig. 6. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Cette partie de l'opération se fait entièrement par la plaie recto-vaginale.
L'anus est caché par la valve (voir le schéma dans l'angle inférieur de la figure).

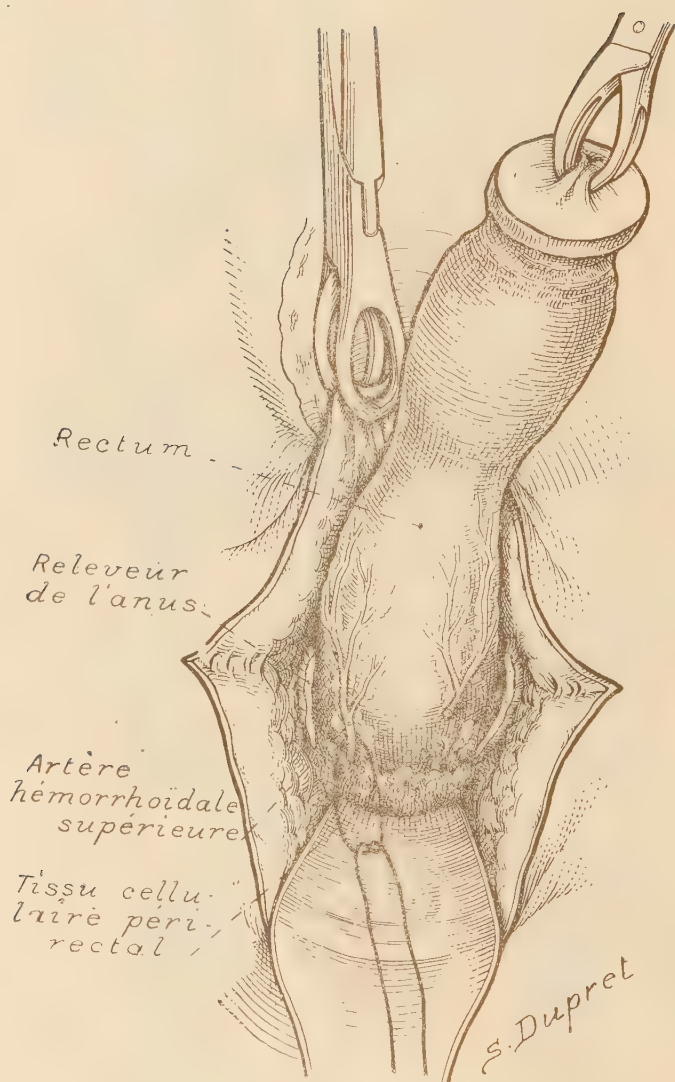


Fig. 7. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Remarquer le point où existe le rétrécissement. Ligature des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs. Remarquer la tranche des releveurs de l'anus, désinsérée au niveau du rectum.

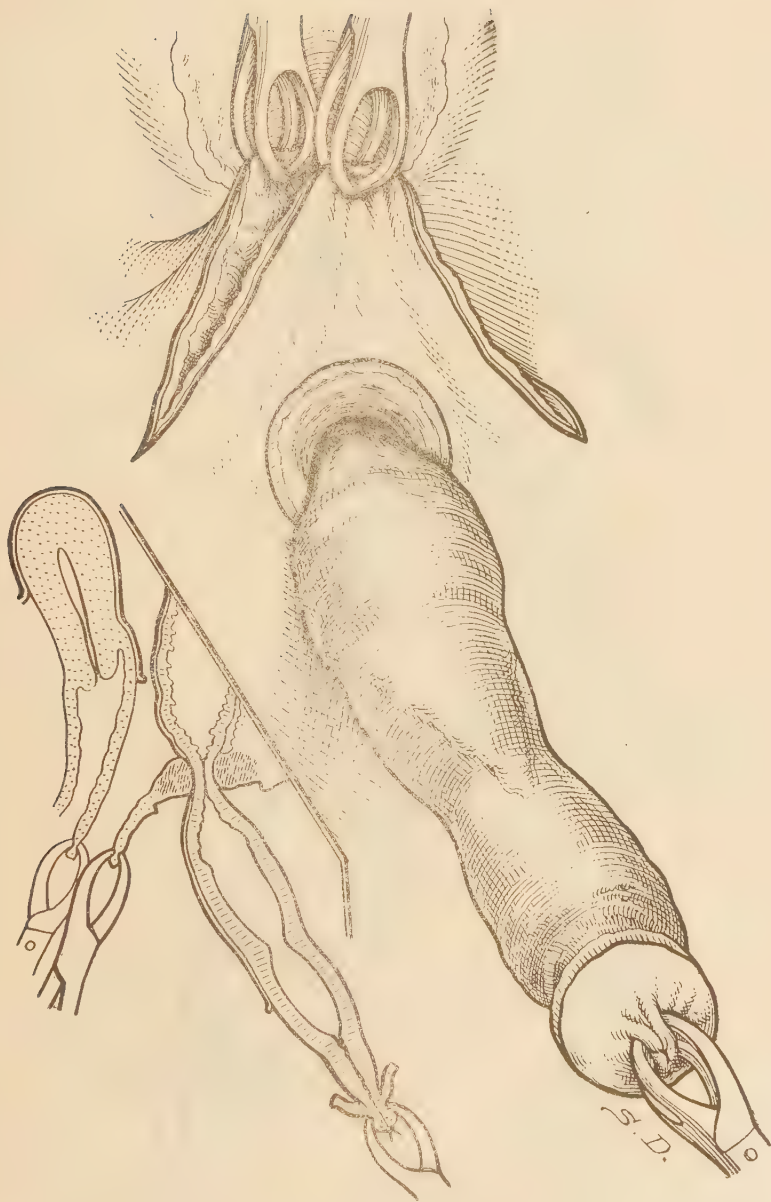


Fig. 8. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extirpation.

Le rectum libéré a été amené par l'anus. On aperçoit le sphincter dénudé
(voir schéma à gauche).

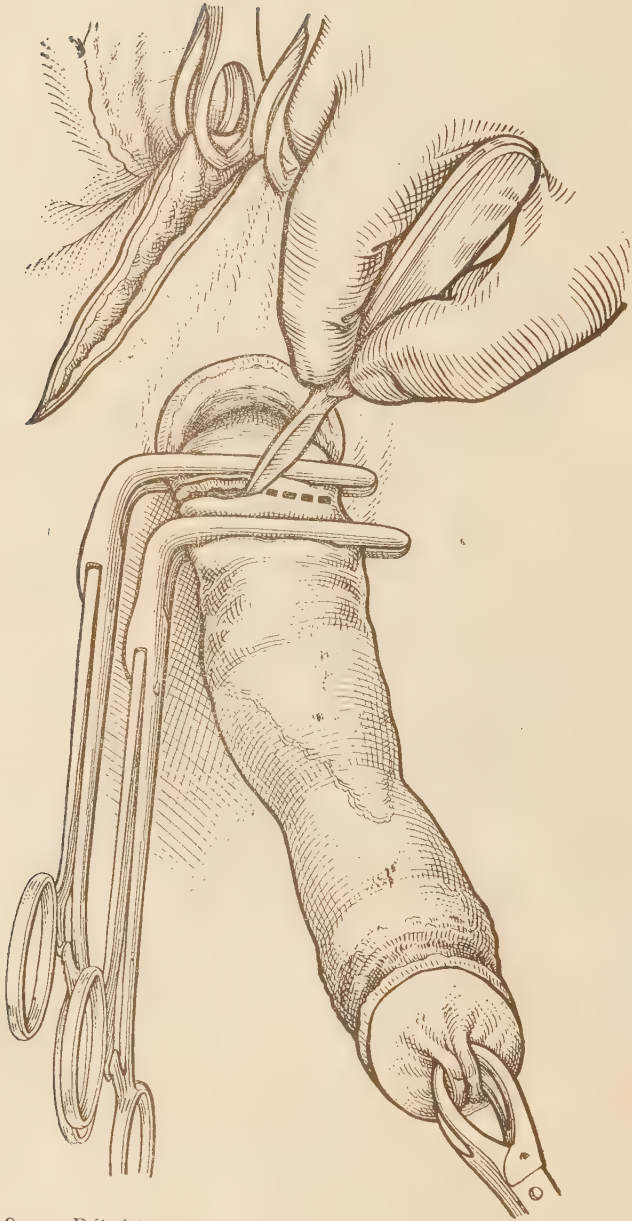


Fig. 9. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme
Extirpation.

Section du rectum en partie saine.

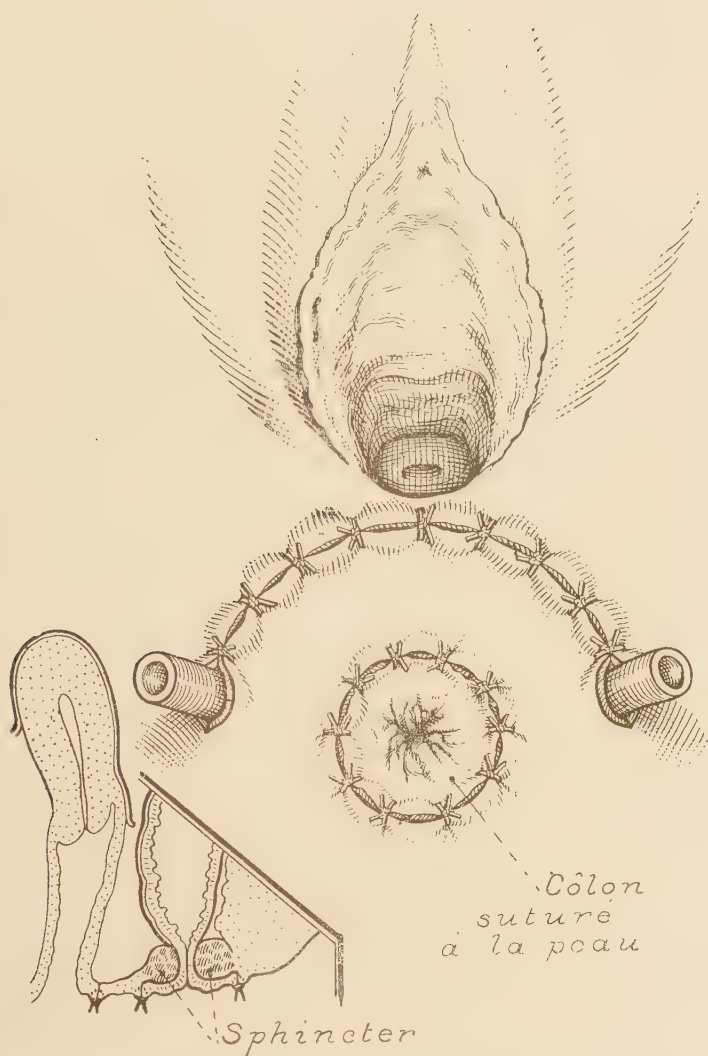


Fig. 10. — Rétrécissement cicatriciel du rectum, chez la femme.
Extrémité.

Opération terminée. Le rectum a été suturé à la peau. Le cas qui a servi de modèle a été opéré à l'hôpital Saint-Michel et a guéri en 15 jours, avec reprise immédiate des fonctions de l'anus.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme C..., 41 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père décédé « neurasthénique ». Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — 3 frères et sœurs vivants et biens portants. Mari vivant et bien portant.

Antécédents pathologiques. — Entérite chronique, un avortement de quatre mois et demi ; un enfant vivant et bien portant.

Le début de la maladie remonte à 1910 par une constipation opiniâtre sans raison apparente.

Amaigrissement à cette époque.

Depuis douleurs violentes du ventre, sensations de coliques à allures de torsions, de crampes.

La malade souffre chaque fois qu'elle va à la selle. Elle rend du sang et des glaires. Ténésme rectal.

Selles rubannées depuis 1914. A certains moments la patiente va en diarrhée et 13 fois par jour à la garde-robe. Elle rend du pus en abondance.

En 1914 dans le service du Professeur Vidal on diagnostique un rétrécissement sigmoïdien.

La malade n'a subi aucun traitement avant son intervention. Système nerveux normal.

Vernes F = 0,03.

Toucher rectal, difficile. Spasme du sphincter douloureux nécessitant anesthésie.

Anuscopie. On aperçoit une paroi à tissus fibreux violets, congestionnés. Contre la paroi postérieure on sent un pertuis par où arrive du pus.

Anus iliaque gauche le 8 juillet 1921.

Le 5 octobre 1922, amputation du rectum abdomino-périnéale.

Première voie (périnéale) : Incision rectovaginale comme pour une périnéorraphie. On aperçoit les deux releveurs de l'anus. Suture en bourse de l'anus. Section du sphincter. Le rectum est très friable en arrière. La périrectite rend la dissection très laborieuse. Le rectum est noyé dans les tissus cicatriciels. On ouvre le péritoine et on passe une compresse dans l'échancrure.

Deuxième voie (abdominale) : Les lésions s'arrêtent au milieu de la sigmoïde. Section d'une bride de Lane. On libère le colon descendant et on l'entraîne par la brèche péritonéale. Fermeture du ventre.

Troisième voie (périnéale) : on suture le colon descendant à l'anus après avoir refait le sphincter.

Malade revue le 9 mai 1923. Grosse amélioration, a engraisé de 15 kgr. On se propose d'améliorer l'anus qui se trouve rétréci et dont la dilatation progressive aux bougies de Hegar est très douloureuse. Excision de la cicatrice à 6 cm. de la peau, fungus purulent qui est curetté. Réfection du rectum.

Le 24 janvier 1924, fermeture de l'anus iliaque gauche. Actuellement, juillet 1930 malade bien portante, qui ne

perd pas ses matières, a engraisé et mène une vie normale.

OBSERVATION II

Mme L..., 48 ans, receveuse de tramways.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de foie à 65 ans. Mère décédée de cause inconnue à 62 ans.

Antécédents collatéraux. — Mari mort hydropique à 49 ans en 1926. Un frère bien portant.

Antécédents pathologiques. — Pas de fausses couches. Cinq enfants morts d'accident, de grippe, de broncho-pneumonie et de méningite. 1 seul vivant. Aucune maladie antérieure.

Le début de la maladie remonte à octobre 1928 par de la diarrhée, 10 selles par jour en moyenne.

La malade n'a jamais eu de sang dans ses selles. Pus peu abondant. Pas de selles rubannées. Ténisme. Epreintes douloureuses.

Amaigrissement de 9 kgr. Pas de papillomes rénaux. La malade n'a subi aucun traitement électrique. Pas d'analyse sanguine.

La rectoscopie montre un rétrécissement à 8 cm. moyennement serré. Paroi indurée, absence de bourgeonnements. Pas de sang au contact du tube. Diagnostic : rétrécissement inflammatoire.

Colostomie pratiquée fin décembre 1928. Des lavages sont faits ensuite régulièrement à la liqueur de Labarraque diluée. Le pus diminue considérablement.

Le 4 mars 1929, sous-rachianesthésie, abaissement et fixation du rectum au sphincter.

Incision intrasphinctérienne. Libération du sphincter. Section du périnée en avant du rectum. Libération haute du rectum. Section de la partie malade. Abaissement et fixation.

Le 20 avril, sous-anesthésie régionale, fermeture de l'anus iliaque gauche, procédé de Jeannel ; résection du bout anal exubérant.

Malade revue, juillet 1930, en excellent état. Pèse 51 kg r. ne perd rien par l'anus, sauf quelques selles, lors de diarrhées abondantes et profuses, tout en ayant la sensation du « lâcher » sphinctérien qui est toujours prévu. Cette sensation fut abolie pendant quelques semaines après l'amputation rectale.

OBSERVATION III

Mme B..., 30 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père décédé de maladie de cœur. Mère morte d'un néoplasme utérin.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte de méningite à 15 ans. Mari bien portant.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine en bas-âge, 2 fausses couches, 2 B.-W. négatifs. Métrite après fausse couche. Entérite chronique.

Début il y a cinq ans par des papillomes anaux opérés 2 fois. Amaigrissement qui n'a pas paru notable au cours de la sténose.

Alternatives de crises de diarrhée et de constipation, coliques intestinales fréquentes.

Depuis 3 ans, ténésme et épreintes rectales douloureuses. Selles rubannées devenant de plus en plus petites, glaires et sang dans les selles.

Toucher rectal impossible pendant que les selles deviennent de plus en plus nombreuses.

Pus en abondance dans lequel on a trouvé du gonocoque. Artropathies des genoux. On a fait à la malade de la dilatation anale, aucune amélioration ; seules les selles avaient un peu grossi à ce moment. Autovaccin introduit dans l'organisme en piqûres, en lavements et en prises buccales.

Diathermie pratiquée durant un an avec soulagement général, les selles ayant à peine grossi et étant toujours rubannées. La malade se fatigue du traitement à cause des douleurs que provoquent les séances.

La rectoscopie montre un rétrécissement à 6 cm. au-dessus de l'anus qui après le traitement diathermique laissait aisément passer une bougie n° 15 et qui deux ans plus tard (du 8 octobre 1927 au 26 novembre 1929) est devenu absolument infranchissable.

Anus iliaque gauche, le 10 juillet 1929. Jusqu'à l'intervention suivante le sang, le pus et les glaires sont allés en diminuant de quantité.

Amputation rectale le 5 juin 1930. Incision périnéale. Décollement rectovaginal. Libération du sphincter et du rectum très haut en tissus sains. Abaissement, fermeture du péritoine perforé. Suture du sphincter à la peau. Drainage (1 mèche, 2 lames par le périnée). Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

1^o Après quelques années de traitement diathermique des rétrécissements inflammatoires du rectum nous n'avons pas encore de résultats fort éloignés des malades traités et il peut y avoir des sténoses rebelles à cette thérapeutique ;

2^o La seule intervention alors susceptible d'apporter une guérison au malade est l'exérèse chirurgicale entière du segment d'intestin malade ;

3^o Cette opération peut donner des résultats bons et durables à la seule condition d'opérer de bonne heure et en tissus non infectés et non infiltrés ;

4^o Pour obtenir ce résultat il faut longtemps avant l'exérèse et suivant le degré d'infection du rétrécissement, faire un anus iliaque gauche de dérivation destiné à mettre au repos le rectum malade et à enrayer l'évolution des infections qui accompagnent la sténose ;

5^o Opérant en tissus sains on ne risquera ni fistules, ni récidives, ni morts post-opératoires.

Vu : le Président de la thèse
B. CUNÉO.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- PICARD. — Diathermiebehandlung der Stricture recti *Zentralbl. f. chirg.* Leipzig, 1921, tome 52, 1709-1711.
- BENSAUDE et MARCHAND. — Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire de rectum. *Presse méd.*, 1925, XXXIII, n° 96, 1588-1590.
- SAUTY. — Tuberculose du rectum avec fistule uréthrorectale et rétrécissement ampullaire. *Lyon chirurgical*, 1925, XXII, 732-735.
- LAPOINTE. — Le traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. Thèse Paris, 1897-1898.
- RADIÉE. — Sur le traitement des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. *Journal de chirurgie*, 1926, XXVII, 260-280.
- DEROCHE. — Contribution à l'étude des rétrécissements inflammatoires du rectum. Thèse Paris, 1925, 208 p., in-8°.
- ANDRÉ LÉVY. — Traitement des rétrécissements du rectum par la diathermie. Thèse Paris, 1926, Ainette éd., 80 p., in-8°.
- BENSAUDE et MARCHAND. — Le traitement diathermique des rétrécissements inflammatoires du rectum. *Monde médical*, Paris, 1926, XXXVI, 757-762.
- PICARD. — Ueber die Diathermiebehandlung der Rectumstrikturen. *Zeitschrift. f. d. ges. phys. Therap.*, Berlin, 1926 XXXII, 45-47.
- DRUECK. — Perineal extirpation of the rectum. *Med. Herald. Kansas-City Mo.*, 1926, XLV, 234.
- DESPLAS (B.) et SAVIGNAC. — Amputation du rectum pour sténose. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, t. 17, 1433, 434, avril 1927.
- KUMMER (R. H.). — Stricture of rectum. Treatment by diathermy. *Schmelnitz Med. Woch.*, t. 58, 5 mai 1928, p. 463-464.

- BENSAUDE. — Röntgengraphie. Study of stricture of rectum.
Archives des maladies de l'appareil digestif, t. 19,
mars 1929, p. 309-316.
- LEVY. — Le traitement des rétrécissements inflammatoires par
la diathermie. *J. de médecine de Paris*, t. 48, 25 juillet
1929, p. 635-637.
- RUGE. — Contribution à l'étude de la pathologie et du traite-
ment de la rectite purulente et ulcéreuse. *Archives f. de
Clinique Chir.*, 1907, t. LXXXIII.
- HARTMANN (H.). — Bulletin et Mémoires de la Société Nationale
de Chirurgie, t. VI, 1930, n° 21, p. 855.

